9 Psychologische interventies bij kanker

Grieteke Pool

9.1 Inleiding

Nog niet zo lang geleden was spreken over kanker taboe en werden patiënten lang niet altijd geïnformeerd over hun ziekte (Wagener, 2008). Tegenwoordig is dat nauwelijks meer denkbaar, niet alleen omdat de ziekte steeds meer voorkomt, maar ook omdat patiënten steeds meer van zich doen horen en aandacht vragen voor de psychische en psychosociale belasting die kanker met zich meebrengt. Niet alleen brengt de diagnose impliciet of expliciet altijd een doodsdreiging, vaak ontijdig en soms erg vroeg in de levensloop; ook de behandeling kan ingrijpend en langdurig zijn en, afhankelijk van het type kanker, blijvende lichamelijke gevolgen met zich meebrengen, zoals mutilatie, pijn in littekenweefsel, blijvende diarree of darmstoma, oedeem door lymfeklierdissectie, vervroegde menopauze, verlies van kracht en vitaliteit of slepende vermoeidheid. Psychisch gezien kan de ziekte neerslachtigheid en/of angstgevoelens met zich meebrengen, bijvoorbeeld omtrent terugkeer van de ziekte of vanwege de onzekerheden die opdoemen vanwege de gevolgen van kanker, alsmede gevoelens van verlies, rouw en eenzaamheid. Anderzijds kunnen patiënten een diepe dankbaarheid en verandering ervaren, wanneer de medische behandeling van hun ziekte succesvol is verlopen en/of wanneer zij door het ziekteproces diepgaande persoonlijke ervaringen hebben opgedaan.

Psychosociale oncologie is een vakgebied dat ongeveer veertig jaar geleden ontstond; men houdt zich hier in wetenschappelijke en praktische zin bezig met de psychosociale aspecten van kanker, zoals het ontwikkelen, toepassen en onderzoeken van de effectiviteit van interventies. In de vakliteratuur werd vanaf de jaren 1980 gepubliceerd over psycho-oncologische problematiek (Holland, 1989; Maguire, 1985). Toen ontstond ook in Nederland belangstelling voor de psycho-oncologische aspecten van kanker; in 1993 werd de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) opgericht, waarin mensen uit diverse beroepsgroepen participeren (zoals artsen, oncologieverpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers). De NVPO telt momenteel ruim driehonderd leden, heeft een jaarlijkse congresdag, en

geeft een eigen tijdschrift uit (zie www.nvpo.nl). Dat de psychosociale oncologie in Nederland zich steeds verder professionaliseert, moge blijken uit de recentelijk verschenen tweede herziene druk van het handboek *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie* (De Haes et al., 2009).

Wat is kanker?

Kanker is een ziekte waarbij weefsel, door meerdere DNA-mutaties vanuit één cel, uiteindelijk kwaadaardig, destructief en vaak invasief in ander weefsel gaat doorgroeien (tumorvorming); uiteindelijk, als er niet wordt ingegrepen, kan dit leiden tot uitzaaiingen (Van der Graaf, 2009). Voor de behandeling en de prognose is het belangrijk vast te stellen van welk type weefsel de tumor uitgaat en wat het stadium van de tumor is. De behandeling kan in opzet curatief zijn (gericht op genezing) of palliatief (gericht op verlichten van klachten en/of levensverlenging) en bestaan uit operatie, radiotherapie, en/of medicamenten zoals chemotherapie (celdelingremmende middelen) of hormonale therapie (De Graeff, 2009). Onbehandeld is kanker een dodelijke ziekte maar, afhankelijk van het soort kanker en het stadium waarin de ziekte gediagnosticeerd wordt, is tegenwoordig de kans op overleving relatief hoog (zie www.ikcnet.nl). Toch brengt de diagnose voor de betreffende persoon meestal een hoge mate van onzekerheid en dreiging met zich mee, alsmede allerlei persoonlijke, interpersoonlijke en psychosociale veranderingen, spanningen en problemen.

Er zijn verschillende oorzaken voor het ontstaan van kanker:

a *erfelijke factoren* (ongeveer 5% van de gevallen) door mogelijke afwijkingen in het gen van bepaalde cellen;
b *omgevingsfactoren* (de meeste gevallen), zoals bepaalde infecties, toxische stoffen en straling, waardoor somatische mutaties kunnen ontstaan;
c *overgewicht* (ongeveer 8% van de gevallen van kankersterfte) (Van der Graaf, 2009).

Er is ook onderzoek gedaan naar eventuele psychologische factoren die het ontstaan en/of beloop van kanker zouden kunnen beïnvloeden, zoals een *fighting spirit*. De uitkomsten hiervan zijn echter niet duidelijk. In een recente review over 93 studies (41 over het *ontstaan* en 52 over het *beloop* van kanker) vond Garssen (2009) enige aanwijzingen dat sociale steun en neiging tot ontkenning van de ernst van de ziekte kunnen samengaan met een gunstiger beloop, terwijl depressieve coping, pessimisme en neiging tot hulpeloosheid wellicht een ongunstiger beloop voorspellen; maar van geen enkele van deze afzonderlijke psychologische factoren is de invloed duidelijk. Factoren die *geen* invloed op het beloop lijken te hebben zijn: ervaren van *distress*, stressvolle gebeurtenissen, psychiatrische stoornissen, actieve coping, *locus of control*, acceptatie en persoonlijkheidsfactoren (mogelijk met uitzondering van *sense of coherence*). Al met al adviseert Garssen om voorzichtig te zijn met het toekennen van psychische oorzaken aan ontstaan en beloop van kanker, omdat dit een oneigenlijke verantwoordelijkheid kan leggen bij individuele patiënten.

Vóórkomen van kanker

Kanker is tegenwoordig de eerste doodsoorzaak voor zowel mannen als vrouwen zijn in Nederland (zie www.cbs.nl). In 2006 werden in Nederland 83.300 nieuwe gevallen van kanker vastgesteld, bij iets meer mannen dan vrouwen (43.100 versus 40.200); voor het merendeel (ongeveer 73.000 mensen) was dit de eerste keer dat zij de diagnose kanker kregen. De totale prevalentie van kanker in Nederland (het aantal mensen dat kanker kreeg en nog in leven is) wordt geschat op zo'n 400.000 personen, dat is ongeveer 2,5% van de bevolking. Borstkanker vormt hierbij het hoogste aantal (ongeveer een kwart van de gevallen), gevolgd door huidkanker, darmkanker en prostaatkanker (www.ikcnet.nl). De prevalentie van kanker stijgt met ongeveer 2-3% per jaar, onder andere door de verbetering van de overlevingskansen, in combinatie met bevolkingsgroei en vergrijzing.

De overlevingskansen zijn de afgelopen decennia gestaag gestegen; redenen hiervoor zijn dat kanker vaker in een vroeger stadium wordt ontdekt, dat behandelingen effectiever zijn en dat enkele agressieve vormen (maagkanker, longkanker bij mannen) wat minder voorkomen. Tegenwoordig geneest ongeveer de helft.

Het risico op kanker stijgt met de jaren: 40% betreft de leeftijdsgroep 60-75 jaar, 30% is ouder dan 75 jaar. Kanker komt echter ook op jongere leeftijd voor: 9% is jonger dan 45 jaar en 0,6% betreft kinderen jonger dan 15 jaar (www.ikcnet.nl). De impact die de diagnose heeft is, naast stadium en ernst van de ziekte, sterk verbonden met de levensfase: volwassenen staan vaak midden in hun relatie-, gezins- en/of arbeidsleven; jongvolwassenen staan vaak in het begin van een partnerrelatie, hebben soms jonge kinderen en zijn druk bezig met hun carrière of studeren nog; kinderen hebben vaak nog maar nauwelijks besef van leven en dood, hun wereld moet nog vorm aannemen, en ze willen zich kunnen toevertrouwen aan de zorg van hun ouders en andere verzorgers.

9.2 Psychologische aspecten en problemen

Psychische processen

Het spreekt vanzelf dat een ziekte als kanker allerlei complexe gevoelens, gedachten en gepieker met zich mee kan brengen. Deze kunnen deels gebaseerd zijn op *reëel* aanwezige dreigingen en deels opgeroepen worden door *gevreesde* dreigingen (zoals ingrijpend onderzoek en behandeling, lichamelijke langetermijngevolgen zoals amputatie of onvruchtbaarheid, verlies van carrièremogelijkheden, pijn, mogelijk sterven). Leventhal en Nerenz (1985) onderscheiden vijf gebieden waarover patiënten inschattingen maken: de klachten en symptomen, de duur van de ziekte, de mogelijke oorzaken, de ernst van de gevolgen, en de mate van controle over dit alles. Juist omdat een patiënt met kanker vaak niet weet welke dreigingen reëel en welke *irreëel* zijn, is omgaan met onzekerheid en verlies van controle een van de moeilijk-

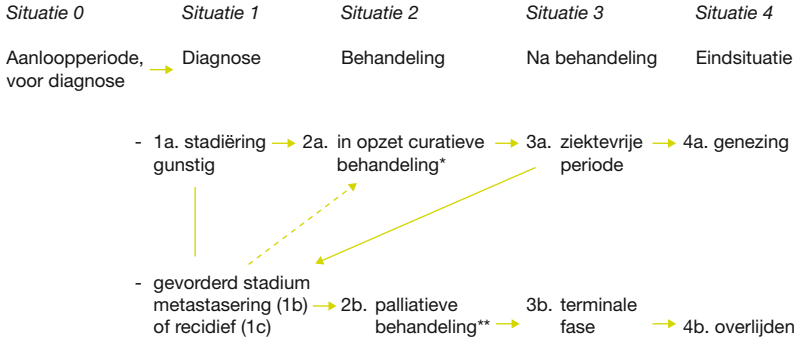
ste opgaven (Ranchor et al., 2009). Hoe men hiermee omgaat, hangt dan ook samen met diverse factoren, zoals de mate van optimisme of de beschikbaarheid van sociale steunbronnen. Over het algemeen lijken mensen geneigd te zijn een zekere mate van controle te veronderstellen, ook in situaties waarin eigenlijk weinig of geen controle mogelijk is (Thompson & Collins, 1995). Mensen hanteren allerlei manieren om ziekte-ervaringen en de bijkomende emoties te reguleren (coping), zoals informatie zoeken, problemen actief aanpakken, negatieve associaties en emoties vermijden, steun zoeken, bij de dag leven, het leven anders gaan waarderen, acceptatie et cetera (Dunkel-Schetter et al., 1992). Een van de manieren om een gevoel van controle te bevorderen, is de ziekte te zien als een taak of uitdaging om mee om te gaan, en dit zo goed mogelijk te doen. In die zin kunnen mensen persoonlijke groei ervaren door hun ervaringen met kanker, zoals verdieping van relaties met andere mensen, ervaren van nieuwe mogelijkheden, van persoonlijke kracht, van geestelijke verdieping en rust, en een toename in waardering van het leven. Onderzoek naar dergelijke positieve emoties onder patiënten met kanker geeft aan dat 50% of meer posttraumatische groei rapporteert (Cordova & Andrykowski, 2003; Tedeschi & Calhoun, 2004). In Nederland staat wetenschappelijke aandacht voor deze aspecten nog in de kinderschoenen (Jaarsma et al., 2006; Pool et al., 2010), en er is discussie gaande wat rapportage van groei-ervaringen eigenlijk behelst: is het een vorm van coping, om angst en neerslachtigheid te reguleren (*illusionary growth*), of betreft het gestabiliseerde, 'echte' groei (*real/outcome growth*) (Zoellner & Maercker, 2006).

Psychische problemen

De onderzoeksliteratuur toont een zeer brede waaier aan mogelijke problemen zoals angst, depressie, moeheid, relatieproblemen. Ook egodocumenten (zie www.metamedica.med.vu.nl/literatuurengeneeskunde) en initiatieven zoals de Stichting Kanker in Beeld (zie www.kankerinbeeld.nl) bieden een invoelbaar beeld van de gevoelens en beleving rond kanker. Verder bieden handboeken of richtlijnen inzicht in veelvoorkomende psychische problemen. Het recente handboek van De Haes et al. (2009) wijdt in dit kader bijvoorbeeld aandacht aan depressie, angst, stress/*distress*, boosheid en agressie, partnerrelatie, gezins- en sociale problemen, seksuele problemen, traumatische ziekte-ervaringen, existentiële problemen, omgaan met vermoeidheid en/of pijn, vermijdings-, ontkennings- en uitstelgedrag, psychische gevolgen van kanker in de kindertijd, en psychische aspecten van het stervensproces.

Sinds ongeveer 2002 heeft het IKC (Integraal Kanker Centrum) zo'n 170 richtlijnen voor de medische behandeling en begeleiding van kanker in ontwikkeling gebracht. Psychische aspecten waaraan aandacht wordt gegeven zijn onder andere: angst*, depressie*, existentiële crisis*, machteloosheid, mantelzorg, rouw*, slaapproblemen*, sociaal isolement, veranderd seksueel functioneren, verstoord lichaamsbeeld en vermoeidheid*. (Een asterix* duidt aan dat deze richtlijn geschreven is in het kader van palliatieve zorg; ruim 40 van de 170 richtlijnen hebben betrekking op aspecten van palliatieve zorg.)

Om zicht te krijgen op de diversiteit aan mogelijke psychische problemen kan het verhelderend zijn de opeenvolgende situaties in het ziektebeloop van kanker te onderscheiden (figuur 9.1); medeafhankelijk van het stadium en de intensiteit van de ziekte brengen die elk hun eigen spanningen, angsten en levenstaken met zich mee.



* *in opzet curatieve behandeling: gericht op genezing*
** *palliatieve behandeling: genezing niet mogelijk; behandeling gericht op handhaving van kwaliteit van leven en soms ook op verlenging van het leven*

Figuur 9.1
Situaties in het ziektebeloop bij kanker (Pool, 2004)

De in tabel 9.1 genoemde voorbeelden komen voort uit de klinische praktijk, en betreffen dus mensen *die hulp gezocht hebben*, een selecte groep, in diverse stadia van hun ziekte. Om recht te doen aan de klinische werkelijkheid en onderzoeksuitkomsten zijn in tabel 9.1 naast mogelijke problemen ook mogelijke positieve ervaringen weergegeven. De hier gegeven voorbeelden zijn vanzelfsprekend niet uitputtend, gelden niet voor iedereen en zijn niet *strikt* situatiegebonden.

Zoals bij veel andere ziekten en levenssituaties is het moeilijk in te schatten hoeveel psychische problemen nu eigenlijk voorkomen, en hoe normaal – ernstig of bovennormaal – afwijkend dat is. Wetenschappelijk onderzoek gebruikt veelal vragenlijsten die een *bepaald* aspect meten, maar men meet ook heel veel niet; verder is lang niet altijd duidelijk bij welke soort patiënten en in welke fase van hun ziekte klachten gemeten worden, hoe de vergelijking met een 'normale' populatie zou uitvallen en wat de daadwerkelijke relatie met kanker (of misschien andere [premorbide] problematiek) is. Bovendien is vaak niet duidelijk of dergelijke klachten zouden voldoen aan *diagnostische* criteria zoals omschreven in de DSM-IV. Er is wetenschappelijk onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld angst, *distress* (zie kader) en depressie, naar moeheid, naar problemen in ervaren sociale steun, problemen in de partnerrelatie, en naar seksualiteit. Daarnaast wordt, zoals eerder aangegeven, ook onderzoek gedaan naar positieve gevoelens in de context van kanker. Recentelijk, tot slot, is er hernieuwde aandacht voor *screening* van psycho-

Tabel 9.1	Psychische problemen en positieve ervaringen in het beloop van kanker	
Situatie	*Mogelijke psychische problemen: In samenhang met o.a. geslacht, leeftijd, levensfase*	*Mogelijke positieve ervaringen? (idem)*
0 Aanloop	- vermijding, ontkenning, uitstel - piekeren, slaapproblemen - communicatie, omgaan met dokters -	- uitslag onderzoek gunstig - confrontatie met mogelijke ziekte brengt persoonlijke bezinning op gang - .....
1a Diagnose ('gunstig')	- onzekerheid, onrust, prikkelbaarheid - angst, paniek - schuldgevoelens - apathie, ongeloof en woede -	- einde aan onzekerheid - klachten begrijpelijk en duidelijker - plotselinge besluitvaardigheid m.b.t. belangrijke levensthema's - .....
2a Behandeling curatief	- moeilijkheden met emotieregulatie; labiliteit, angst, controleverlies - evt. traumatische ervaring - geschonden lichaamsbeleving - moeilijkheden situatiegerelateerde coping met dagelijks leven: persoonlijk functioneren, gezinsrol, sociaal netwerk, werk - partnerrelatie: verschillen in coping, seksualiteit - communicatie: omgaan met medisch circuit -	- intense bewustwording van waarde van het eigen leven en de relaties met anderen - hernieuwd lichaamsbewustzijn - op een nieuwe manier zorg toelaten - ervaren van enorme vechtlust en hoop voor de toekomst - tijd voor rust nemen, evt. retraite - .....
3a Ziektevrije periode	- angst voor recidief - geconditioneerde angst - te alert op lichaamssignalen' - omgaan met vermoeidheid - evt. omgaan met pijn - verlies, rouw en verwerkingsproblemen - emotioneel isolement, verlatingsangst -	- gevoel van leven in een 2^{e} kans - verdieping van relaties - verdieping van vermogen tot beleven en genieten (natuur, kunst, kinderen etc.) - zich wijzer en rijper voelen - vernieuwd zelfbewustzijn - authentieke keuzes maken - .....
4a Genezing	- sociale integratieproblemen; vriend-schappen, werk - verlies van 'levenstijd' - vroeg oud voelen - levensrichting- & zingevingsproblemen -	- diepere verbinding en vrede voelen met het leven en de dood - dieper begrip voor en aanvaarding van zichzelf en andere mensen - leven als geschenk, in dankbaarheid - .....

Situatie	*Mogelijke psychische problemen: In samenhang met o.a. geslacht, leeftijd, levensfase*	*Mogelijke positieve ervaringen? (idem)*
1b/1c Gevorderd stadium	- neerslachtigheid, verdriet, teleurstelling, boosheid, opstandigheid, rancune - moedeloosheid, uitputting - verlies van controle, afhankelijkheid - levensfaseproblematiek - angst: over de toekomst, voor pijn, lijden en evt. sterven -	- zie 2a - toelaten en vertrouwen van inzichten en hulp van andere mensen - genereren van hoop - bemerken van een vermogen tot aanvaarding, rust en vertrouwen - nadenken over mogelijk afscheid moeten nemen - .....
2b Behandeling palliatief	- Zie 1b/1c - verlies van copingmogelijkheden door toenemende vermoeidheid, beperkingen, bedlegerigheid - prikkelbaarheid door afhankelijkheid van allerlei hulpverleners - twijfels over zin van behandelingen - woede, wanhoop of ontreddering over verlies van perspectief -	- intensiveren van de relaties met anderen - balans opmaken, ordenen van levenszaken die onaf zijn - uiting geven aan intimiteit en liefde - weggeven van waardevolle dingen - delen van waardevolle gedachten - nadenken over het eigen leven, zichzelf - ervaren van rust en verbondenheid - naderend afscheid vorm geven - .....
3b Terminale fase	- zie ad 1b/1c - problemen met dagelijkse verzorgers, autonomiegebrek - schuldgevoel en gewetensnood - onaf gevoel omtrent eerdere levensproblemen - worstelen met het eigen leven - afscheidsproblemen (loslaten kinderen bijv.) - religieuze/spirituele nood - isolement door geheimen - verwarring, delier, bewustzijnsvernauwing -	- zie 2b - diepe dankbaarheid over aandacht en zorg - aanvaarding, rust ervaren - loslaten, gereed zijn - bezig zijn met mensen die eerder stierven, soms gevoelens van contact - diepe verbondenheid met de mens, de kosmos, het hogere, God - .....
4b Afscheid, overlijden	- zie 3b - lijden onder lijden - angst voor sterven, niet-meer-zijn - religieuze angst (voor straf, oordeel) -	- zie 3b - verlossing van lijden - rust, liefde en vrede ervaren - gevoel klaar te zijn - .....

sociale problemen, en de ontwikkeling van geschikte instrumenten hiervoor. We bespreken hierna kort enkele van deze aspecten; voor meer informatie verwijzen we naar diverse hoofdstukken in De Haes et al. (2009).

Distress is een term die is geïntroduceerd door de NCCN (National Comprehensive Cancer Network, UVS), en wordt gedefinieerd als 'an unpleasant experience of an emotional, psychological, social or spiritual nature that interferes with the ability to cope with cancer treatment. It extends along a continuum, from common normal feelings of vulnerability, sadness and fears, to problems that are disabling, such as true depression, anxiety, panic, and feeling isolated or in a spiritual crisis' (National Comprehensive Cancer Network (1999). NCCN practical guidelines for the management of psychosocial *distress*. *Oncology*, 13(5A), 113-147).

Het vóórkomen, de ernst en het beloop van depressie, angst en *distress* onder mensen met kanker werd onderzocht in een review over 58 studies, gepubliceerd tussen 1980-1994 (Van 't Spijker et al., 1997). De range van gevonden scores was tamelijk breed: depressie 0-46%, angst 0,9 – 49%, *distress* 5-50%. In vergelijking met andere somatische patiënten rapporteerden kankerpatiënten, globaal genomen, minder angst, en in vergelijking met 'normale' populaties lieten ze *geen* hogere scores zien op angst en *distress*; wel scoorden kankerpatiënten enigszins hoger op depressie en deze scores namen ook het minst af in verloop van tijd. In de studie van Van 't Spijker et al. (1997) bleek het moeilijk conclusies te trekken over verschillen in psychische problemen tussen diverse groepen kankerpatiënten: qua leeftijd rapporteerden jongere patiënten meer psychische problemen, qua sekse vrouwen minder psychische problemen en qua tumortype vrouwen met borstkanker relatief minder psychische problemen. Opmerkelijk was voorts dat men in studies na 1987 lagere scores vond dan in eerdere studies; dit zou te maken kunnen hebben met verbeteringen in behandeling en prognose en in betere voorlichting en vroegere opsporing. Qua design lieten prospectieve studies lagere scores zien dan cross sectionele studies (dit is vaker het geval); en over het algemeen namen klachten af in het eerste jaar na diagnose in alle relevante studies. In latere studies (Mitchell, 2007; Zabora et al., 2001) worden uitkomsten gerapporteerd die ongeveer vergelijkbaar zijn met die van Van 't Spijker et al. (1997). Ook recentelijk werd aangegeven dat de prevalentie van depressie onder mensen met kanker hoger is dan in de algemene bevolking (15% versus 7,6%, zie Bannink en Van Gool in De Haes et al., 2009, p. 377). Kankergerelateerde angst kan variëren van een normale reactie op een dreigende situatie tot pathologische vormen die de zelfhantering nadelig beïnvloeden. Angststoornissen komen vrij veel voor onder de bevolking (incidentie zo'n 14%, www.trimbos.nl), en dus ook onder mensen die kanker krijgen. Angst kan optreden als emotionele vorm van zeer hoge alertheid, vanwege een tekortschietend aanpassingsvermogen of bij zeer sterk ervaren dreiging. Het is moeilijk aan te geven wan-

neer angst de grens van 'stoornis' bereikt. Angst kan, in geval van ziekte, ook organisch gerelateerd zijn aan somatische factoren, zoals bij benauwdheid of bij metabole ontregeling; bij palliatieve patiënten wordt een angstpercentage van 30 genoemd (www.oncoline.nl).

Screening van *distress* staat de laatste jaren sterk in de belangstelling, om te bevorderen dat verwijzing naar psychosociale hulp niet alleen afhankelijk is van de inschatting van de individuele medische hulpverlener. Het Nationaal Plan Kankerbestrijding 2005-2010 (www.kwfkankerbestrijding.nl) benadrukt dat *screening* standaard onderdeel moet gaan uitmaken van de oncologische hulpverlening. Uit onderzoek komt naar voren dat zo'n 25% tot 40% van de kankerpatiënten langdurig na behandeling psychische klachten ervaart in een mate dat professionele psychosociale hulp aangewezen zou kunnen zijn (Carlson & Bultz, 2003; Madden, 2006; Van 't Spijker et al., 1997); maar slechts een deel hiervan maakt daadwerkelijk gebruik van professionele hulp. In recent Nederlands screeningsonderzoek (Tuinman et al., 2008) onder 277 kankerpatiënten (respons 49%) met de *Distress* Thermometer (DT, een oorspronkelijk in Amerika ontwikkeld instrument) kwam naar voren dat 14% behoefte had aan hulp en 29% 'misschien', hoewel in totaal 43% van de patiënten (n=118) boven de *cut-off*score van de DT scoorde. De mensen die hulp behoefden, hadden over het algemeen intensievere behandelingen ondergaan en waren relatief wat jonger dan scoorders boven de *cut-off* die geen hulp wensten. Met andere woorden: het hebben van klachten staat niet gelijk aan hulp hierbij wensen.

9.3 Psycho-oncologische interventies

Psycho-oncologische interventies zijn ontwikkeld vanaf de tijd dat men meer aandacht ging geven aan psychosociale problemen van mensen met kanker. Reeds begin jaren 1980 publiceerden Spiegel et al. (1981) hun artikel over groepstherapie bij mensen met gemetastaseerde kanker en schreef Yalom (1981) over existentiële psychotherapie bij mensen met kanker; zeer recentelijk schreef hij, zelf intussen op hoge leeftijd, opnieuw over een existentieel thema: doodsangst en hoe die te overwinnen (Yalom, 2008). Aanvankelijk bekommerde men zich weinig over het *evidence-based* gehalte van de interventies. De eerste reviews vergeleken de aard, kwaliteit en vermeende effectiviteit van diverse interventiestudies (Fawzy & Fawzy, 1995; Meyer & Mark, 1995; Trijsburg et al., 1995), in latere reviews werd men kritischer (Coyne et al., 2006; Lepore & Coyne, 2006; Newell et al., 2002). In een latere paragraaf van dit hoofdstuk komen we hier op terug.

In het denken over de zin en/of effectiviteit van psycho-oncologische interventies is het, evenals in het inventariseren van mogelijke psychosociale problemen, van belang rekening te houden met het ziektebeloop. In het eerdergenoemde 'Nationaal Plan Kankerbestrijding 2005-2010' (NPK-2004, zie www.kwfkankerbestrijding.nl), wordt meer structurele aandacht voor psychosociale zorg als expliciet doel geformuleerd. Er werden vijf aandachtsgebieden geformuleerd: voorlichting, *screening*, bijhouden en ontwikkelen

van evidentie, ontwikkelen van richtlijnen, regelen van financiering en deskundigheidsbevordering. In het NPK-2004 wordt onderscheid gemaakt tussen psychosociale basiszorg en gespecialiseerde psychosociale zorg, beide zowel intra- als extramuraal (zie tabel 9.2). Onder psychosociale basiszorg wordt verstaan: actief luisteren, emotioneel steunen, voorlichten en informeren, adviseren, signaleren en verwijzen. Alle bij de behandeling betrokken artsen en verpleegkundigen en ook paramedische hulpverleners, zoals fysiotherapeuten, zouden deze vaardigheden (op te vatten als 'basisinterventies') adequaat moeten kunnen toepassen, in alle fasen van het ziektebeloop. In het aanbod van gespecialiseerde psychosociale zorg, aan de orde bij ernstiger psychosociaal-oncologische problemen of psychiatrische (co-)morbiditeit, werd in het NPK-2004 een tekort gesignaleerd. In de algemene scholingsprogramma's voor maatschappelijk werkers, psychotherapeuten of klinisch psychologen is er weinig aandacht voor kankerspecifieke kennis en psychosociale problematiek; wel bestaan er tegenwoordig gespecialiseerde opleidingsmodulen (zie www.nvpo.nl en www.ikcnet.nl). Een speciaal punt van aandacht is de psycho-oncologische begeleiding van mensen die palliatief behandeld worden en/of terminaal ziek worden; klinische voorbeelden hiervan zijn te vinden in Gualthérie van Weezel et al. (2004) en Pool (2004).

Tabel 9.2 **Basiszorg en gespecialiseerde psychosociaal-oncologische zorg. (Bron: Nationaal Plan Kankerbestrijding, Rapportage werkgroep 6, Psychosociale zorg, p. 26, www.npknet.nl)**

1 Basiszorg
   a Intramurale zorg: klinisch en poliklinisch: medisch specialisten; (gespecialiseerd) verpleegkundigen; paramedici
   b Extramurale zorg: huisartsen; wijkverpleegkundigen; bedrijfsgeneeskundige zorg
2 Gespecialiseerde psychosociaal-oncologische zorg
   a Intramurale zorg: maatschappelijk werk; medisch psychologen; psychiaters; geestelijke verzorging; lotgenotencontact, patiëntenorganisaties
   b Extramurale zorg: gespecialiseerde psychologen, psychotherapeuten, psychiaters zelfstandig gevestigd en/of binnen AGGZ-instellingen; gespecialiseerde psychosociaal-oncologische centra (zoals IPSO); instellingen voor oncologische revalidatie (zoals Herstel & Balans); lotgenotencontact, patiëntenorganisaties

Zonder volledig te kunnen zijn, besteden we hieronder aandacht aan enkele belangrijke extramurale/ambulante interventiemogelijkheden in Nederland: gespecialiseerde psychosociaal-oncologische centra (IPSO); oncologische revalidatie (met name Herstel & Balans); eerstelijns psychologische hulp (KOP); programma's voor het leren omgaan met vermoeidheid na kanker; en het gebruik van imaginatie en creatieve expressie.

Instellingen voor PsychoSociale Oncologie (IPSO) ontstonden in Nederland vanaf 1988, toen het Helen Dowling Instituut (HDI) werd opgericht door de onlangs overleden prof.dr. Marco de Vries. Onder de koepelorganisatie IPSO vallen tegenwoordig acht psychosociaal-oncologische centra en twintig inloophuizen (zie kader).

Bij het IPSO zijn de volgende psychosociaal-oncologische instellingen aangesloten: Het Behouden Huys, Glimmen (Gn); Helen Dowling Instituut, Utrecht; Taborhuis, Nijmegen; De Vruchtenburg, Rotterdam; Dr. Le Shanstichting, Oegstgeest, Leiden; Stichting Les Vaux, Abcoude; Ingeborg Douwescentrum, Amsterdam; Stichting Amarant, Utrecht; voor adressen zie achter in dit hoofdstuk en www.ipso.nl.

Hier biedt men een waaier van interventieprogramma's aan, individueel of groepsgewijs, bijvoorbeeld: steunend-structurerende therapie; aandachtsgerichte cognitieve therapie; oplossingsgerichte therapie; existentiële psychotherapie; EMDR; omgaan met stress, werk, gezin en verlies; lichaamsgericht werken; mindfulnesstraining; stressreductietraining; creatieve therapie et cetera. De verwijzingsindices voor deze instellingen zijn nogal breed, zoals: leren omgaan met heftige emoties, met boosheid, verdriet, angst en somberheid; meer greep krijgen op het leven of troost zoeken; moeite met aanpassen en verwerken; verstoorde slaap; vermoeidheidsverschijnselen of pijn; concentratieverlies; gestagneerde verliesverwerking; relatie- en opvoedingsvragen; obstakels rond werkhervatting; existentiële vragen over leven en sterven; veranderde lichaams- of seksuele beleving (gegevens ontleend aan website HDI en Het Behouden Huys). Met name het HDI heeft zich vanaf het begin toegelegd op onderzoek naar de effectiviteit van de geboden interventies, maar ook andere instellingen (zoals Het Behouden Huys of Taborhuis) doen tegenwoordig onderzoek, bijvoorbeeld naar effectiviteit van en tevredenheid over hun behandelaanbod.

Binnen de eerstelijnspsychologie werd vanaf 1994 door speciaal daartoe geschoolde psychologen KOP aangeboden (Kortdurend Oncologische Psychotherapie). In beginsel betrof deze sobere interventievorm een effectstudie: de patiënt formuleerde enkele centrale doelen, waaraan vervolgens in een gestructureerd stappenplan gewerkt werd, in een reeks van zes à acht gesprekken. Onder andere leidde de interventie tot verhoging van kwaliteit van leven, vermindering van klachten en verlaging van medische consumptie (Heyink et al., 1997); op grond daarvan werd deze interventievorm een van de eerste die door zorgverzekeraars vergoed werd. De KOP-training wordt tegenwoordig nog steeds aangeboden in Noord-Nederland, maar daarnaast is er ook elders scholingsaanbod (zie www.nvpo.nl en www.ikcnet.nl).

Revalidatie is gericht op de behandeling van de *gevolgen* van ziekte en/of medische behandeling; vaak wordt dit aangeboden in een gespecialiseerde ziekenhuisafdeling of een revalidatiecentrum. Voor kankerpatiënten richten dergelijke programma's zich vaak op verbetering van de conditie, dagelijks functioneren en omgaan met vermoeidheid; idealiter is het aanbod geïntegreerd met psychosociale aspecten en wordt aangeboden door multidisciplinaire teams. In onderzoek van Van Harten et al. (1998) leek een kwart van de oncologiepatiënten behoefte te hebben aan een dergelijk aanbod. Een bekend programma is 'Herstel en Balans'; dit is een intensief groepsrevalidatieprogramma (bijeenkomsten twee à drie keer per week gedurende twaalf weken)

waarbij fysieke training wordt geboden in combinatie met psycho-educatie en voorlichting. Het programma wordt op allerlei plaatsen in Nederland aangeboden, en heeft intussen een licentieverstrekking, met een eigen kwaliteitssysteem (zie www.herstelenbalans.nl). Onderzoek liet zien dat deelnemers significante vooruitgang boekten in kwaliteit van leven en conditie, en vermindering van vermoeidheid rapporteerden; deelnemers beoordeelden het programma als zeer zinvol en van goede kwaliteit; revalidatie ingezet tijdens de behandeling (met chemo- en/of radiotherapie) kan leiden tot verbetering van fysiek functioneren en psychisch welbevinden, alsmede symptoomreductie (Gijsen et al., 2009).

Vermoeidheid tijdens of na kankerbehandeling is een hinderlijke, slopende en veelvoorkomende klacht; percentages van 70-100 worden genoemd (Ahlberg et al., 2003). Door chronische en/of onvoorspelbare moeheid kunnen mensen hun zelfvertrouwen verliezen, alsmede belemmeringen ervaren in tal van mogelijkheden tot sociale participatie. De oorzaken van deze vermoeidheidsklachten zijn medisch gezien vaak niet duidelijk, maar wel is bekend dat vermoeidheid vaak ontstaat of toeneemt tijdens de behandeling; naast fysieke malaise is er tijdens de behandeling vaak allerlei stress, terwijl patronen van werk, slapen, gezinsleven en vrije tijd vaak sterk veranderen (Servaes et al., 2002). De vermoeidheidsinterventie is een cognitief-gedragstherapeutische interventie, gericht op het doorbreken van instandhoudende factoren, zoals niet-helpende gedachten, 'verzet' tegen ervaren beperkingen, een verstoord waak-slaapritme en disregulatie van lichamelijke, mentale en sociale activiteiten. Er wordt toegewerkt naar een haalbaar, gestabiliseerd patroon van activiteiten en verwachtingen (Blijenberg et al., 2004). De interventie heeft gunstige resultaten laten zien (Gielissen et al., 2007).

Een creatief-therapeutische interventie voor verwerking van kanker is imaginatie en beeldende expressie. Intussen zijn in Nederland drie grote tentoonstellingen gehouden van beeldend werk van mensen die kanker kregen (Holzenspies & Taal 2003; Vos, 2009; Warnars-Kleverlaan & Zwart, 1998). Deze expressieve interventievorm is onder andere gericht op verkenning van gevoelens; hervinden van psychisch evenwicht; bekrachtiging van de persoon; en ritualisering van diepe persoonlijke ervaring (Demmer & Boschloo, 2004). De werkzaamheid ervan is nog weinig wetenschappelijk onderzocht, maar op caseniveau is de krachtige werking van verbeelden af te leiden uit de commentaren die mensen bij hun eigen beeldend werk geven: *'Als ik naar mezelf kijk krijg ik af en toe het gevoel dat ik naar de slager geweest ben. Hoewel ik weet dat mijn weefsel naar de patholoog is gegaan, zie ik toch steeds in mijn hoofd dat het weefsel dat verwijderd is achteloos op de grond wordt gegooid en ik leegbloed. Op het moment dat ik ga schilderen heb ik heel veel pijn. Ik voel me koud en loop krom. Ik zou het liefst onder de dekens liggen'* (Lily Nieuwenhuizen, in *Holzenspies & Taal*, 2003).

Tot slot: in de ggz lijkt sprake van een toenemend aanbod van interventies voor mensen met somatische problematiek, waaronder mensen met kanker. Psy-Q bijvoorbeeld biedt op haar website enkele mogelijkheden voor groepstherapie voor mensen met kanker (zie www.Psy-Q.nl). Momenteel is ondui-

delijk hoeveel patiënten gebruik (zullen) maken van een hulpaanbod vanuit de ggz.

9.4 Interventieonderzoek

Interventieonderzoek is complex en het is wijs niet alleen aandacht te besteden aan gerapporteerde uitkomsten, maar ook aan methodologische aspecten. Een aantal reviews gaf aan dat professionele gespecialiseerde psychologische interventies voor mensen met kanker effect kunnen hebben op diverse aspecten van kwaliteit van leven, zoals stemming, angst, omgaan met de ziekte, zelfwaardering, gevoel van controle en sociale relaties (Fawzy & Fawzy, 1995; Meyer & Mark, 1995; Newell et al., 2002; Rehse & Pukrop, 2003; Trijsburg et al., 1995). Daarbij leek noch de prognose (Meyer & Mark, 1995), noch diagnose, leeftijd of geslacht (Cunningham et al., 1993) van invloed op het effect van psychosociale interventies. Echter, het is moeilijk algemene conclusies te trekken uit deze bonte verzameling van studies: er zijn vele verschillen in en onduidelijkheden over de precieze doelstelling en aard van de interventies, over inclusiecriteria (wie mogen meedoen?), selectiviteit (wie doen uiteindelijk mee?); er zijn verschillen in patiëntengroepen, alsmede gebrek aan vergelijkings- of controlegroepen en/of lage aantallen participanten; dit alles leidt tot bias in de uitkomsten.

Lepore en Coyne (2006) doen een poging de kwaliteit van *reviews* te evalueren. Hun conclusie is dat de kwaliteit van studies en reviews verbeterd is in de loop van de jaren, maar dat ook reviews tegenstrijdige en inconsistente conclusies rapporteren. Hiervoor worden verschillende oorzaken genoemd, bijvoorbeeld dat onderzoeken van verschillende kwaliteit geïncludeerd worden in de diverse reviews. Bovendien verschillen criteria op grond waarvan een review wordt samengesteld, men onderscheidt: a. 'narratieve reviews', die zich baseren op kwalitatieve samenvattingen van geïncludeerde studies, zonder rekening te houden met een weging van kwaliteitsverschillen; b. 'systematische reviews', die van tevoren vastgestelde, omvattende en herhaalbare zoekcriteria hanteren, en alleen studies includeren die aan van tevoren gestelde kwaliteiten voldoen; en c. 'kwantitatieve systematische reviews', die alleen studies gebruiken die statistische berekening en/of vergelijking van data toelaten. Een gerandomiseerd design met gebruik van controlegroepen (RCT) is een wetenschappelijke standaard om selectiebias te voorkomen. In hun 'review of reviews' includeerden Lepore en Coyne (2006) *alle* reviews van de afgelopen tien jaar, in totaal 36, en gaven een indruk van de kwaliteit ervan; zo blijkt dat in niet-gerandomiseerde studies hogere interventie-effecten gerapporteerd worden dan in gerandomiseerde studies, en dat reviews die matige studies includeren de interventie-effectiviteit naar schatting 30-50% overdrijven. Voorts blijkt dat slechts 50-60% van de potentiële deelnemers daadwerkelijk deelneemt aan een interventiestudie en dat veel 'bewijs' voor de effectiviteit van interventies zwakker is dan het lijkt; er zouden meer *intention-to-treat-analyses* plaats moeten vinden, en men zou zich beter aan wetenschappelijke rapportagecriteria moeten houden.

Anderen vinden Lepore en Coyne te streng en ongenuanceerd (Andrykowski & Manne, 2006). Om nuances aan te brengen in de waardering van interventiestudies bespreken zij de uitkomsten van enkele hoge-standaardstudies. Bijvoorbeeld: uit de consciëntieuze review van Newell et al. (2002) betreffende 34 RCT's aangaande depressie, negatief affect en angst komen enkele aanbevelingen naar voren: bij *general negative affect* (17 studies) lijkt ongestructureerde counseling effectief; bij stress/*distress* (11 studies) lijkt gestructureerde counseling door niet-therapeuten aangewezen; bij angst (18 studies) wordt verder interventieonderzoek aanbevolen. Aangaande kwantitatieve systematische reviews werd door Andrykowski en Manne (2006) vooral aandacht besteed aan de *effect size* (ES), een maat om het verschil tussen behandelgroepen en controlegroepen uit te drukken (ES 0.20, 0.50, of 0.80 betekenen statistisch respectievelijk een klein, medium en groot effect; klinisch gezien wordt een ES vanaf 0.35 als betekenisvol geïnterpreteerd). *Effect sizes* blijken sterk te variëren, afhankelijk van de in-/exclusie van *bepaalde* studies: inclusie van patiënten die bij *screening* géén verhoogde scores op angst, depressie of *distress* lieten zien verlaagde kunstmatig de ES; dat is logisch, want hoe zouden patiënten moeten verbeteren op maten waarop men zich reeds 'voldoende' of 'goed' voelt? Al met al concluderen Andrykowski en Manne (2006) dat de teneur aangaande de effectiviteit van interventies meer positief dan negatief is (en dus niet ineffectief); echter de status van uitkomsten is vooralsnog tentatief.

Gezien de complexiteit van methodologisch kwalitatief goed onderzoek is implementatie naar de *klinische* praktijk problematisch. Er zal meer duidelijkheid moeten komen over voor wie, met welk type kanker, in welk stadium van het ziekteproces en met welke mate van *distress* een interventie effectief is (Jacobsen, 2006).

9.5 Conclusies en klinische implicaties

De tijd dat spreken over kanker taboe was, is voorbij. Een toegenomen effectiviteit van medische behandelingen heeft de overlevingskansen bij veel vormen van kanker verbeterd. Juist daardoor is de kwaliteit van leven tijdens en na kanker belangrijker geworden, en de afgelopen dertig à veertig jaar is er dan ook toenemend wetenschappelijke aandacht voor de psychosociale gevolgen van kanker en interventiemogelijkheden hierbij.

In de literatuur over psychosociale problematiek lijkt men er veelal (impliciet) van uit te gaan dat bepaalde klachten of symptomen, zoals angst, depressie, *distress*, partnerrelatieproblematiek, *veroorzaakt* worden door kanker. Dat is natuurlijk een complex en moeilijk te onderzoeken punt, maar wel belangrijk voor de vraag wat we nu eigenlijk willen onderzoeken. Daarnaast is er nog weinig aandacht voor positieve ervaringen en de samenhang die deze hebben met negatieve ervaringen. Jaarsma et al. (2006) vonden dat patiënten relatief meer positieve verwerkingservaringen rapporteerden dan negatieve. Voorts is het zo dat slechts weinig patiënten (10 à 20%) professionele gespeci-

aliseerde psychosociale hulp lijken te wensen, ook als er psychische klachten zijn. Dit roept diverse vragen op:

a Is de behoefte aan professionele psychologische hulp gerelateerd aan het hebben, de aard en het stadium van kanker en/of is deze behoefte wellicht gerelateerd aan bepaalde persoonskenmerken?
b Welke soort verandering beoogt men en welke soort interventies past daarbij, en hoe meetbaar is die verandering?
c Welke maten zijn het meest passend, procesvariabelen en/of *outcomem* ematen?
d Hoeveel interventieonderzoek is, gezien de aantallen in aanmerking komende patiënten en de complexiteit van kwalitatief goed onderzoek, verdedigbaar?

In de discussie over de kwaliteit van effectonderzoek van psycho-oncologische interventies wordt enerzijds aangegeven dat kwalitatief hoogstaande studies voldoende aantonen dat allerlei soorten psychosociale interventies effectief zijn voor allerlei soorten patiëntengroepen (Andrykowsky & Manne, 2006; Jacobsen, 2006), anderzijds wordt benadrukt dat, om te kunnen spreken van *evidence-based*interventies, de staat van onderzoek nog ruimschoots voor verbetering vatbaar is (Lepore & Coyne, 2006). Ook in de algemene discussie over interventieonderzoek staat de RCT als design ter discussie, bijvoorbeeld omdat hierbij eenzijdig de nadruk ligt op de uitkomsten en er geen inzicht ontstaat in proceskenmerken (wanneer en waardoor vinden er veranderingen plaats?). Het realiseren van een geloofwaardige en passende *evidence-based practice* voor psychologische interventies is dus nog niet zo eenvoudig; de kunst is te zoeken naar onderzoeksmethoden die *passen* bij het verschijnsel dat men wil onderzoeken. Ondanks de onduidelijkheid over de effecten van de interventies en de methodologische tekortkomingen van het onderzoek benoemen Van Dijk en Janssen (2009) in hun recente literatuurstudie dat psycho-oncologische interventies over het algemeen gewaardeerd worden door de patiënten in kwestie; op basis hiervan concluderen zij dat psychologische interventies tot het reguliere zorgaanbod voor kankerpatiënten zouden moeten behoren. Gezien de nood waarin mensen kunnen komen te verkeren door kanker is een dergelijk aanbod, zonder voorbij te gaan aan de knelpunten en waarde van voortschrijdend wetenschappelijk inzicht, een goed streven.

9.6 Verder lezen

Er is erg veel literatuur op het gebied van kanker, zowel wat betreft psychosociaal onderzoek, mogelijkheden om met kanker om te gaan, als egodocumenten. Op de volgende sites zijn literatuurlijsten te vinden:

www.hdi.nl, wetenschappelijke literatuur in het kader van onderzoek van het Helen Dowling Instituut;
www.ingeborgdouwescentrum.nl en www.devruchtenburg.nl; diverse boeken.

www.kwfkankerbestrijding.nl, hier behalve literatuurlijsten, folders aan te vragen over allerlei onderwerpen.

Behrendt, H., Van den Berg, H., & Van de Wetering, M. D. (red.) (2002). *Kinderen en kanker*. Amsterdam: Boom.
Bruntink, R. (2002). *Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland, een wegwijzer.* Zutphen: Plataan.
Chödrön, P. (2008). *Als je wereld instort. Adviezen voor moeilijke tijden.* Amsterdam: Uitgeverij Ten Have.
Fiddelaers-Jaspers, R. (2005). *Als ik er niet meer ben. Kinderen voorbereiden op het overlijden van hun ouder.* Utrecht: Ten Have.
Hendriks, M. (2000). *Een lichaam van lood. Extreme vermoeidheid na kanker.* Zutphen: Atlas, Plataan.
Rinpoche, S. (2003). *Het Tibetaanse boek van leven en sterven*. Utrecht: Servire.
Tijhuis, L., Yang, W., Pijls, L., Wijkstra, J., Dyckhoff, E., Verhofstadt-Denéve, L., & Van der Staak, C. (2008). *Individuatie, existentie, psychotherapie; Het individuatieproces van een psychotherapeut met een zeldzaam carcinoom.* Tilburg: KSGV.
Van Benthem, W. (2005). *Bekend met kanker. 25 Bekende Nederlanders en Belgen doorbreken het stilzwijgen.* Amsterdam: Uitgeverij Archipel.
Van de Wiel, H., & Spermon, M. (2003). *Leven met kanker.* Amsterdam: Boom.
Wilber, K. (1993). *Overgave en strijd. Groei van inzicht en liefde tijdens leven en sterven.* Amsterdam: Karnak.

Patiëntenverenigingen

Er zijn ruim 25 patiëntenverenigingen voor mensen met diverse vormen van kanker. Deze zijn verenigd binnen de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, zie www.nfk.nl. Onder andere is hier te vinden de Stichting Jongeren en Kanker, zie www.stichtingjongerenenkanker.nl.

Relevante websites

www.kwfkankerbestrijding.nl: Koningin Wilhelmina Fonds, Nederlandse KankerBestrijding
www.tegenkanker.be: Vlaamse Liga Tegen Kanker
www.nvpo.nl: Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie
www.ikcnet.nl: Integrale Kanker Centra, kennisnetwerk
www.ipso.nl: Instellingen Psychosociale Oncologie
www.herstelenbalans.nl: revalidatieprogramma Herstel & Balans voor mensen met kanker
www.mezzo.nl/mantelzorg: Landelijke vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg
www.verliesverwerken.nl: Landelijke stichting rouwbegeleiding
www.in-de-wolken.nl: In de Wolken richt zich met name op rouwende kinderen en jongeren, vanwege verlies door het overlijden van een belangrijke ander

Samenvatting

De medische behandelmogelijkheden voor de ziekte kanker zijn de afgelopen decennia sterk verbeterd, waardoor relatief meer patiënten de ziekte langdurig overleven. Desondanks is kanker een van de belangrijkste doodsoorzaken in westerse landen. Tegenwoordig is er toenemende aandacht voor de psychosociale impact van kanker. De patiënt wordt geconfronteerd met een complexe, moeilijk voorspelbare en levensbedreigende situatie: afhankelijk van het type diagnose en de fase van het ziektebeloop moet de patiënt zien om te gaan met onzekerheid, angst, controleverlies, wisselend en/of verergerend verlies van kracht en gezondheid, wellicht moeheid en pijn, existentiële vragen of grenzen, lijden en eventueel levenseinde en dood. Persoonlijke verhalen, egodocumenten en artistieke uitingen tonen hoe diep deze ziekte kan inwerken op iemands persoonlijk bestaan, en kwetsbaarheid, angst, verlies, verdriet en woede met zich mee kan brengen. Echter, wetenschappelijk onderzoek onder grotere groepen mensen geeft aan dat lang niet iedereen dergelijke psychische reacties rapporteert: de uitkomsten betreffende *distress* (onwelbevinden), depressie en/of angst variëren tussen de 0 en 50%. Daarnaast geeft ook ongeveer de helft van de patiënten aan 'persoonlijke groei' te ervaren ten gevolge van de ingrijpende ervaringen rondom de ziekte. Om te weten wie op welk moment in het ziekteproces wellicht psychische hulp nodig heeft of wenst, is psychologische *screening* belangrijk. Uit recent onderzoek hierover blijkt echter dat van de mensen die een hoge mate van *distress* rapporteren, slechts een klein deel professionele hulp wenst. Dergelijke informatie is belangrijk voor het ontwikkelen en aanbieden van passende psychologische interventies. De (meetbaarheid van de) effectiviteit van dergelijke psychologische interventies is, wetenschappelijk gezien, tegenwoordig een belangrijk discussiepunt, vanwege de enorme variëteit in onderzoeksdesigns en -uitkomsten: worden mensen er beter van en waar worden ze dan beter van? Deze wetenschappelijke discussie daargelaten, is het aanbod aan psycho-oncologische begeleidingsmogelijkheden in Nederland de afgelopen twintig jaar sterk toegenomen, onder andere in gespecialiseerde psychosociaal-oncologische centra en inloophuizen.